In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Accouchement en présentation du sommet

Définitions :

Le sommet : Présentation où la tête est totalement fléchie. la plus fréquente (95%) et la plus favorable à l'accouchement : eutocique.

Repère (occiput) Reconnaissable par la fontanelle postérieure –lambda

Variétés de la présentation du sommet :

→Les variétés antérieures (60%) : l'occipito-iliaque gauche antérieure OIGA (57%) et l'occipito-iliaque droite antérieur OIDA (3% à 5%.)

→Les variétés postérieures comptent l'occipito-iliaque gauche postérieure (33%) et l'occipito-iliaque droite postérieure (6%).

Diamètres de la tête feotale :

Diamètres bipariétal : 9.5cm (transversal).

Diamètre sous occipito-brégmatique : 9.5cm.

Diamètres de la tête fœtale :

Diamètre transversal : bipariétal 9,5 cm

Diamètre antéro-postérieur surtout : sous-occipito-bregmatique 9,5 cm

Diagnostic :

Il repose sur l'examen clinique

→Conditions :décubitus dorsal,paroi abdominale bien relachée,vessie vide,en dehors des contractions

→Palper abdominal ;

Fond utérin: pole pelvien du fœtus

Faces laterales: plan du dos et sillon du cou

Région sus-pubienne: pole céphalique

→Toucher vaginal :confirme la présentation céphalique,repère:fontanelle postérieure et Score de Bishop :

score	0	1	2	3
Dilatation	0	1-2	3-4	5 ou >
Longueur	3	2	1	0
Consistance	ferme	moyenne	moyenne	molle
Position	posterieure	moyenne	moyenne	anterieure
présentation	mobile	fixée	fixée	engagée

Difficultés du diagnostic :

- utérus en travail se relâche mal
- Existence d'une bosse séro-sanguine
- Patiente obèse ou peu coopérante

→L'échographie peut alors étre utile (pole céphalique, orbites)

Accouchement :

Présentation du sommet : « variété antérieures » OIGA.

L'accouchement se déroule en trois étapes :

- Engagement
- Déscente et rotation
- Dégagement

A- Engagement :

précédé de deux phénomènes qui constituent l'accomodation foeto-pelvienne au détroit supérieur :

Orientation : le plus grand diamètre du crane fœtal s'oriente dans l'un des grands axes du bassin qui mesure 12 cm ,l'occiput est le plus souvent en avant

Amoindrissement par chevauchement des os du crane et flexion de la tête sur le tronc

1-Mécanisme

la plus grande circonférence de la présentation franchit le détroit supérieur et nécessite une adaptation :

L'orientation : le plus grand diamètre de la tête fœtale s'oriente dans l'un des grands axes du bassin.

L'amoindrissement : flexion de la tête fœtale

Asynclitisme

2 Clinique :

→Avant l'engagement

- Palpation : tête au-dessus du pubis (coup de hache)
- Toucher vaginal: excavation vide, tête haute et mobile

→Après l'engagement

- Palpation: tête n'est plus palpable
- Toucher vaginal: tête accessible, signe de Farabeuf positif

Dystocie d'engagement :

- L'absence d'engagement de la présentation dans le détroit supérieur, la dilatation cervicale étant complète,
- Les étiologies de la dystocie d'engagement, sans obstacle osseux évident, sont multiples et souvent intriquées :

multiparité,(Dystocie progressive de la multipare)

hyperlordose lombaire,

défauts de flexion du sommet,

bassins "limites"

poids excessif du fœtus.

- Toutes ces étiologies peuvent se résumer à 2 causes :

la non-concordance entre l'axe de poussée utérine et l'axe du détroit supérieur (posture)

les mauvaises flexions de la tête foetale.

Ces parturientes pourraient accoucher spontanément en position debout ou en position dite "de relaxation" obtenue grâce à des coussins ou à certains sièges spéciaux.

B- Descente et rotation :

1-Descente :lLa présentation progresse selon l'axe d'engagement et change de direction au fur et à mesure de la descente passant de l'axe ombilico- coccygien du détroit supérieur à un axe horizontal par un mouvement de pivot autour de la symphyse pubienne.

2-Rotation : la rotation va correspondre le diamètre sous-occipito-bregmatique avec l'axe antéropostérieur du détroit inférieur.

3-La clinique :

le toucher vaginal permet de suivre

→ la descente : le sommet par rapport aux épines sciatiques et au périnée

→ la rotation : la position de la petite fontanelle et des sutures.

La présentation entre alors dans le bassin <mou> pour permettre le dégagement.

C- Dégagement et expulsion

Le dégagement est l'expulsion de la tête puis du reste corps hors des voies génitales.

1-Mécanique obstétricale

a- Expulsion de la tête :déflexion de la tête, changement de direction,ampliation du périnée,dégagement de la tête.

b- expulsion de la tête fœtale :

Les autres parties du corps fœtal suivent les mêmes temps : engagement, descente et rotation puis dégagement.

Accouchement des épaules :

Engagement : s'ngagent lorsque la tête se dégage dans un diamètre oblique, perpendiculaire à celui où s'est engagé le sommet.

Descente et rotation : se fait de façon synchrone. Le diamètre biacromial se place dans un diamètre antéro-post.

Dégagement des épaules : l'épaule antérieure bute contre la symphyse pubienne, les efforts de poussées entraînent une flexion latérale du tronc. L'épaule postérieure se dégage en premier.

L'accouchement du siège

Ne pose aucun problème, ses diamètres sont compatibles avec le bassin osseux.

Le siège suit les mêmes mouvements de l'épaule.

2- la clinique :

a- objectifs :

→éviter tout épuisement maternel : ne pas faire pousser la femme trop tôt,laisser le temps à la descente et rotation de s'achever. une durée d'expulsion prolongée →une stagnation de la progression → l'apparition d'une SFA → extraction instrumentale (la césarienne est contre-indiquée ici car la tête est déjà engagée. On utilise une ventouse)

→ prévenir tout traumatisme du plancher pelvien et du périnée

dégagement de la tête :

Accentuer la flexion par l'indexe de la main gauche

La main droite refoule le menton à travers le périnée

Protéger le périnée contre une poussée brutale en contrôlant l'expulsion de la tête

dégagement de l'épaule :

La tête saisie des deux mains est abaissée vers le plan du lit pour fixer l'épaule antérieure sous la symphyse →dégagement de l'épaule antérieure et du bras.

La tête est ramenée vers le haut

→ dégagement de l'épaule postérieure

Conclusion :

l'accouchement en présentation de sommet est un accouchement eutocique (95%)

la mécanique obstétricale doit être bien connue

le travail doit être surveillé par le partogramme

la variété de la présentation doit être parfaitement connue

éviter de faire pousser avant l'engagement

l'épisiotomie n'est pas systématique